BERICHT

ÜBER

1000 GEBURTEN

DER

K. UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK ZU WÜRZBURG.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

ALBERT FETTWEISS

AUS

GLEHN (RHEINLAND).

WÜRZBURG

DRUCK VON FRANZ SCHEINER, BUCHDRUCKEREI

1903.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr Professor Dr. Hofmeier.

DEM ANDENKEN SEINER

TEUREN ELTERN

IN

LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549820_0102

Schon wiederholt hat Herr Professor Hofmeier in einer Inaugural-Dissertation über tausend Geburten der Würzburger Frauenklinik berichten lassen. Hier folgt ein weiterer Bericht über das 6. Tausend und zwar unter besonderer Berücksichtigung der nachfolgenden Wochenbetterkrankungen; derselbe umfasst die Zeit vom 25. Februar 1900 bis zum 19. November 1901.

Unter diesen letzten tausend Wöchnerinnen der hiesigen Klinik waren 455 Erstgebärende,
545 Mehrgebärende.

Es verhalten sich Erst- und Mehrgebärende wie 1:1,2.

I.	parae	455	IX.	parae	8
II.	„	223	X.	„	12
III.	„	117	XI.	„	5
IV.	„	63	XII.	„	4
V.	„	41	XIII.	„	2
VI.	„	32	XIV.	„	4
VII.	„	23	?	„	1
VIII.	„	10			

Die jüngste I. Gebärende war 16 Jahre alt,
die älteste I. „ „ 45 „ „
die älteste Mehrgebärende (XIV) war 48 Jahre alt.

Es kamen 14 Zwillingsgeburten vor, so dass im ganzen 1014 Kinder geboren wurden.

Davon waren männlichen Geschlechts 510, weiblichen 495 Kinder, bei 9 Kindern fehlt eine Angabe des Geschlechts.

Die Früchte stellten sich in folgender Weise zur Geburt ein:

I. Schädellage	631	= 909 = 89,6%
II. „	278	
I. Vorderhauptslage	= 2	= 4 = 0,39%
II. „	= 2	
I. Gesichtslage	= 4	= 7 = 0,69%
II. „	= 3	
I. Steisslage	= 21	= 33 = 3,2%
II. „	= 8	
Vollkommene Fusslage	= 3	
Unvollkomm. „	= 1	
Querlage Ia	= 8	= 21 = 2,1%
„ Ib	= 1	
„ IIa	= 8	
„ IIb	= 4	
Vordere Scheitelbeineinstellung	= 8	= 16 = 1,5%.
Hintere „	= 8	

In 24 Fällen konnte die Lage nicht angegeben werden, weil es sich teils um Sturzgeburten, teils um Aborte handelte, und eine Kreissende vor der Entbindung gestorben ist.

Aborte kamen 15 vor; davon

1 im II. Monat
2 „ III. „
3 „ IV. „
2 „ V. „
7 „ VI. „

Reif oder nahezu reif waren 951 Früchte, frühreif 38; unter diesen letzteren waren 10 tot. Insgesamt kamen 56 Früchte tot zur Welt, 8 davon im maceriertem Zustande. Vor der Entlassung starben nur 9 Kinder, meist infolge oder kurz nach der Geburt. Der Gesamtverlust an Kindern beträgt somit nur 6,5%.

Die 14 Zwillingsgeburten kamen vor 5mal bei I. parae, je 2mal bei II. u. III. parae, je einmal bei IV. u. V. parae, 2mal bei VII. parae. In einem Falle konnte es nicht festgestellt werden, da die Mutter kurz nachher an Verblutung starb.

Neunmal waren die Zwillinge gleichen Geschlechts und zwar fünfmal weiblichen und viermal männlichen Geschlechts; in den übrigen Fällen je eine männliche und eine weibliche Frucht, so dass unter den 28 Kindern 15 Mädchen und 13 Knaben waren. In der Hälfte der Fälle waren die Zwillinge eineiig. Zweimal waren die Placenten vollständig getrennt, und einmal sogar wurde die erste Placenta vor dem zweiten Kinde geboren. Zur Geburt stellten sich ein: Schädellage bei beiden Kindern 4mal, Schädellage beim 1., Beckenendlage beim 2. Kind 2mal. Schädellage beim 2., Beckenendlage beim 1. 1mal. Schädellage beim 1., Querlage beim 2. 2mal; Schädellage beim 2., Querlage beim 1. 1mal.

Steisslage bei beiden 1mal. Gedoppelte Steisslage beim 1., Vorderhauptslage beim 2. einmal.

Beim 1. wegen Sturzgeburt auf der Strasse Lage unbekannt, beim 2. Schädellage. Einmal bei beiden wegen Droschkengeburt Lage unbekannt. — Bei den 14 Zwillingsgeburten wurden 12mal 2 lebende Kinder geboren; von den beiden andern Fällen war je eine Frucht tot; eine davon infolge Lues maceriert. — 7 Geburten verliefen spontan. Die Wendung wurde gemacht einmal beim 1., dreimal beim 2. Kinde; Extraktion zweimal beim

1., einmal beim 2.; Veit-Smelli einmal beim 1.; Zange einmal beim 2. Kinde. Zweimal waren die Kinder nicht ausgetragen und zwar je eine Frühgeburt im VII. und VIII. Monat. Ein Kind war hochgradig maceriert, die 3 andern blieben am Leben.

Auch bei diesen 14 Zwillingsgeburten bestätigt sich die Angabe mehrerer Autoren, dass das grössere Kind meist zuerst geboren wurde. In 8 Fällen wurde nämlich der grössere Zwilling zuerst geboren; einmal waren beide Kinder gleich schwer.

Von **interkurrierenden Krankheiten**, die zu Komplikationen der Gravidität bezüglich Geburt führten, will ich zuerst einen Fall von Phthisis pulmonum anführen:

Fr. St., V. para, Anfang des IX. Monats der Gravidität. Die Untersuchung ergibt eine hochgradige Tuberkulose beider Lungen; daneben besteht Bronchitis, Lungenemphysem und Nephritis. Sofort wird die künstliche Frühgeburt eingeleitet, aber weder Mutter noch Kind konnte gerettet werden. Die Frau stirbt unentbunden. Die kindlichen Herztöne waren anfangs noch hörbar, später nicht mehr.

Ebenfalls endigte ein Fall von Magenkrebs letal:

Fr. B., IV. p. wird am 3. VI. 1901 im VII. Monat der Gravidität zur Klinik gebracht wegen unstillbaren Erbrechens und zunehmender Abmagerung. Bei der Untersuchung zeigt sich, dass das Kind bereits abgestorben ist. Oberhalb des Fundus uteri ist ein harter Tumor im Abdomen deutlich fühlbar. Am 9. VI. erfolgt Spontangeburt. Am 14. VI. tritt Exitus ein an zunehmender Schwäche. Sektion: Carcinoma ventriculi.

Nephritis kam zweimal zur Beobachtung. Im ersten Falle, der mit Herzfehler kombiniert war, wurde im Interesse der Mutter künstliche Frühgeburt eingeleitet. Im zweiten Falle zeigte der Urin 10‰ Albumen, viel

Cylinder und Epithelien. Das Gesicht zeigte überall mässige Ödeme; an den Bauchdecken, den Labien, vor allem an den Beinen waren starke Ödeme vorhanden. Eklampsie stand drohend bevor; glücklicherweise wurde der Ausbruch derselben durch spontane Frühgeburt verhindert. Der Eiweissgehalt des Urins ging zurück und das Wochenbett verlief normal.

Eklampsie wurde in 3 Fällen beobachtet und zwar bei zwei Erst- und einer Vielgebärenden.

I. Antonie H., I. p. im VII. Monat der Gravidität. Bei Aufnahme am 28. II. 1900 ist Portio vollständig erhalten, Muttermund geschlossen, keine Wehen, Kind tot. Gravida bekommt früh 9 h. den ersten, aber gleich sehr schweren eklamptischen Anfall. Die Anfälle wiederholen sich bis $6^1/_2$ h. abends noch 9 mal, ohne dass in der Zwischenzeit das Bewusstsein vollständig zurückgekehrt wäre; dabei bleibt der Puls relativ gut. Morphium und Venae Sectio sind ohne Erfolg. Als einziges Rettungsmittel wird deshalb abends $6^1/_2$ Sectio caesarea gemacht und ein totes Kind entwickelt. Am 29. II. 4 h. tritt nach abermaligem Anfall Exitus letalis ein.

Sektionsdiagnose: Nephritis haemorrhagica, Hypertrophia ventriculi dextri et sinistri.

II. Fr. St. M. p. am Ende der Gravidität, tritt 7. III. 1900 in die Klinik ein mit sehr starken Ödemen des Bauches und Rückens, weniger der Beine. Urin enthält $11\,^0/_{00}$ Albumen, viel Epithelien, wenig Cylinder; Menge sehr vermindert. Muttermund ist für einen Finger durchgängig; Zwillinge. Am 8. III. plötzlich starker eklamptischer Anfall, zugleich Blutung aus der Scheide. Placenta praevia lateralis. Wendung des I. toten Kindes, das dann spontan geboren wird. Darauf wegen starker Blutung Extraktion des II. tief asphiktischen Kindes, welches noch am selben Tage stirbt. Atonie des Uterus; forcierter

Crédé vergeblich, deshalb manuelle Placentalösung, die recht schwierig ist. Inzwischen sind zwei weitere Anfälle eingetreten. Frau kommt nur momentan zum Bewusstsein. 3 Kochsalzinfusionen zu je 350,0 gr., sowie subkutan Coffein 0,6 sind ohne Erfolg. Am dritten Tage (10. III.) tritt Exitus ein.

Sektionsbefund: Nephritis interstitiales chronica et parenchymatosa acuta.

III. Eva F., I. p., X. Monat. Schwangerschaft normal. Allgemein verengtes Becken, Diagonalis 10. Gravida hat ausserhalb schon 4 eklamptische Anfälle gehabt; der 2. in der Klinik, welcher während der Geburt erfolgt, ist sehr schwer; die Atmung sistiert vollständig, deshalb wird im Interesse von Mutter und Kind die Zange angelegt. Dabei geht viel meconiumhaltiges Fruchtwasser ab. Da der Damm zu reissen droht, wird seitliche Incision gemacht. Daraufhin leichte Entwickelung des tief asphiktischen Kindes, das nicht wiederbelebt werden kann. Vom 3.—10. Wochenbettstage tritt Febris ein bis 39,7°. Es zeigen sich deutliche Symptome einer Pneumonia centralis lobularis der linken Lunge. Vom 19.—24 Tage wieder Fieber bis 39,6°; linksseitige Pleuritis. Probepunktion ergibt pleuritisches Exsudat. Am 29. Tage Entlassung, nachdem im Wochenbett keine eklamptischen Anfälle mehr aufgetreten sind.

Neubildungen am Uterus zeigten sich bei 6 Wöchnerinnen, davon fünfmal Myom und einmal Portiocarcinom. In 4 Fällen von Myom wurde Schwangerschaft und Geburt keineswegs dadurch gestört. In dem einen Falle jedoch war Sitz und Grösse des Myoms derart, dass eine Geburt per vias naturales unmöglich war und das Kind vermittelst Sectio caesarea entwickelt werden musste. In dem Falle mit Cervix-Carcinom handelte es sich um eine 32jährige VIII. p. im IX. Monat. Die erste Unter-

suchung ergab ein Portio-Carcinom, das gegen das Scheidengewölbe nicht scharf abgrenzbar war; deshalb war Kaiserschnitt in Aussicht genommen. Es traten dann aber bald Wehen ein, die den Kopf tief ins Becken pressten. Eine neue Untersuchung zeigte jetzt, dass die vordere Lippe Sitz eines ziemlich derben, ulcerierten, über die Schleimhaut pilzförmig vorstehenden Carcinoms sei, das sich scharf von seiner Umgebung absetzt, so dass man hinter dem Carcinom auf einen Rest intakter Portioschleimhaut kommt. Die hintere Lippe ist vollständig frei von Carcinom. In Narkose wird daraufhin die vordere Lippe abgetragen. Die kindlichen Herztöne, die vorübergehend beschleunigt waren, erhoben sich wieder und nach einigen Stunden erfolgt Spontangeburt eines kräftig schreienden, nicht ganz ausgetragenen Kindes.

Tympania uteri kam nur einmal vor und zwar bei Placenta praevia centralis.

Babette R., 36 J., V. p. Bei sämtlichen frühern Geburten musste Placenta manuell gelöst werden. Bei der am 20. III. 1900 erfolgten Aufnahme in die Klinik hatte die innere Untersuchung folgendes Ergebnis: Querlage IIa; M. M. sehr hochstehend, Portio teilweise erhalten, Cervix erhalten, bequem durchgängig, ebenso innerer M. M.; überall Placentagewebe zu fühlen. Kind lebt. 23. III. Zur Anregung der Wehen ein Ballon in die Scheide eingeführt. 25. III. Cervix etwas verkürzt, M. M. etwas weiter. Da die Wehen andauernd schlecht bleiben, wird abends ein Kolpeurynter links in den Uterus geschoben, wo die Placenta abgelöst ist; die Uteruswand ist hier ganz glatt. Daraufhin werden die Wehen etwas besser, so dass der M. M. am 26. morgens kleinhandtellergross ist; auch jetzt nichts als Placentagewebe zu fühlen. Die Wehentätigkeit bleibt aber immer noch schlecht. Der Versuch die Placenta teilweise abzulösen,

gelingt; die Blase wird gesprengt und ein Fuss herabgeholt. Das Kind ist ganz frisch. Bis 7 h. abends tritt keine einzige ordentliche Wehe auf. Der Uterus ist, wie auch schon in den Tagen vorher, in einem dauernden Zustand leichter Kontraktion und hat sich fest um den Steiss des Kindes gezogen, so dass dieser gar nicht vorrücken kann. Trotzdem mehrere Stunden ein leichter Zug am Kolpeurynter ausgeübt worden ist, schreitet die Geburt bis 10 h. abends nicht im geringsten weiter. Der Uterus verharrt trotz Morphium und Atropin in dauernder Kontraktion. Kind ist noch vollkommen frisch. 27. III. früh $3^1/_2$ h. tritt ein leichter Frost auf, Temp. 38,2°, Puls 100; $6^1/_4$ h. Temp. 39,2°, Puls 140. Tympanitischer Schall über dem Fundus; Herztöne andauernd gut. Aus dem Uterus kommen stinkende, mit Meconium vermischte Blasen. Das Kind ist immer noch nicht weiter gerückt und folgt auch nicht auf Zug. 7 h. wird Extraktion vorgenommen, die bei dem sehr grossen Kinde recht schwierig ist; beide Arme sind hochgeschlagen. Kind ohne Herzschlag geboren. An den Beinen des Kindes haben sich Blasen gebildet. Hinter dem Kinde stürzen eine Menge Gasblasen hervor. Temp. p. p. 38,8°, P. 120. Zwei Stunden nach der Geburt setzt starke Blutung ein, die bald zu grosser Anämie führt. Da forcierter Crédé ohne Erfolg ist, wird Placenta manuell gelöst. Placenta erstreckt sich bis in die rechte Tubenecke, wo sie sehr fest sitzt. Uterusausspülung mit Lysol. Fieber fällt, so dass am 12. Tage Entlassung erfolgen kann.

Eine **Ruptur des Uterus** wurde in zwei Fällen beobachtet, die ich hier kurz anführen will. Fr. M., V. p., wurde ausserhalb durch Wendung aus Schädellage entbunden, wobei eine komplette Uterusruptur zustande kam. Sie wurde dann mit tamponiertem Uterus in die Klinik geschafft. Fieber und hoher Puls, kollabiertes Aussehen.

Unter zunehmender Schwäche tritt nach mehreren (13) Tagen Exitus ein.

Die Sektion ergab: Abscessus intraperiton. cavi Douglasii ascendens capsulatus; Volvulus intestini jejuni.

In dem zweiten Falle handelt es sich um eine inkomplette Uterusruptur. Verschleppte Querlage, Kontraktionsring; Kind tot; Decapitatio, Extractio. Da von vornherein Verdacht auf Uterusruptur bestand, wurde der Uterus sofort tamponiert. Dabei ergab sich ein inkompletter, tiefer Uterusriss an der linken vordern Seite, der sich tief ins linke Parametrium bis unter das Peritoneum erstreckt. In den ersten Tagen nach der Geburt ist ein Bluterguss ins linke Parametrium als Tumor über der linken Darmbeinschaufel nachzuweisen, der sich aber bald zurückbildet. Am 3. Tage tritt Fieber ein, das — 39,9° steigt. Am 12. Tage beginnt Anästhesie der Zehen des linken Fusses, die bis über den Knöchel schreitet; zugleich zeigt sich äusserste Schmerzempfindlichkeit der linken Wade, die stark blau verfärbt ist. Die Haut der Wade und der Streckseite füllt sich mit Flüssigkeit und wird in Fetzen abgestossen. Patientin wird in die chirurg. Klinik transferiert. Bei einer abermaligen Vorstellung nach 2 Monaten zeigt sich ausser einer 2 cm langen Narbe, die sich nur wenig ins Parametrium erstreckt, nichts Pathologisches.

Blasenmole kam zweimal zur Beobachtung. Im ersten Falle handelt es sich um beginnende Blasenmolenbildung, die schon im II. Monat zum Abort führte. Der andere Fall sei hier kurz angeführt: Frau H., XIV. p. Unter den 13 Geburten waren 2 Aborte, 3 Frühgeburten und eine ausgesprochene Blasenmole. Bei Aufnahme am 4. VII. 1901 7 h. N. steht der Fundus unter dem Rippenbogen. Einzelheiten sind nicht zu fühlen, keine Herztöne, überall Uteringeräusche; Muttermund für einen Finger

durchgängig. Da keine ordentlichen Wehen auftreten und die Temperatur der Wöchnerin auf 37,8° gestiegen ist, wird am 6. VII. zur Beschleunigung der Geburt ein Kolpeurynter in den Uterus eingeführt. Dabei entleert sich etwas Blut mit leicht fötidem Geruch. 1^{30} N. wird Parturiens von Schüttelfrost befallen, Temp. 39,6°. Trotz 70 gtt Ergotin bleiben die Wehen bis 4 h. schlecht. Der Kolpeurynter wird jedoch dann nach Verstärkung des elastischen Zugs ausgestossen; zugleich entleert sich geronnenes Blut mit stark fötidem Geruch. In dem erweiterten Cervikalkanal zeigt sich jetzt weiches placentaartiges Gewebe. Ein Fötus ist nicht zu fühlen. Einige abgerissene Gewebsfetzen bestätigen die Diagnose „Blasenmole". Unter starkem Druck von aussen und unter Gegendruck vom vorderen Scheidengewölbe wird ein grosser Teil der Blasenmole exprimiert. Nachdem der Rest der Blasenmole und der Decidua manuell ausgeräumt ist, wird der Uterus mit 1% Lysollösung ausgespült. Temp. 37,6°, P. 84. Am folgenden Tage 38,1°. Allgemeinbefinden ist nicht gestört. Temperatur fällt und kann am 9. Tage Entlassung erfolgen.

Placenta praevia kam in dem vorliegenden Material 5mal vor; einmal bei II. p., dreimal bei V. p. und einmal bei VIII. p. Dreimal handelte es sich um Placenta praevia centralis und zweimal lateralis. Nur in einem Falle konnte ein lebendes Kind zur Welt gebracht werden; aber auch dieses starb schon am 2. Tage an Lebensschwäche. Auch für die Mütter war der Ausgang ungünstig, indem 3 davon zum Exitus kamen. Zwei Fälle, je einer davon mit Eklampsie und Tympania uteri kombiniert sind schon mitgeteilt. Ein weiterer Fall, bei dem die Frau an akuter Lysolvergiftung zu Grunde ging, ist unten mitgeteilt. Die beiden andern Fälle seien hier angeführt; im ersten starb die Frau an Sepsis.

Fr. G., II. p. Am Ende des VII. Monats der Gravidität. Patientin wird von der Poliklinik, die wegen Blutung angerufen war, hereingebracht. Schon ausserhalb war die Frau in den 2 Monaten, in denen sie blutete, mehrfach untersucht. Bei Aufnahme am 31. X. 1901 war Fieber vorhanden; Puls äusserst schwankend und unregelmässig, zwischen 40 und 120. Da es nach Sprengung der Blase noch immer weiter blutet, wird sofort die Wendung nach Braxton-Hicks angeschlossen, worauf die Blutung steht. Nach einigen kräftigen Wehen erfolgt die Spontangeburt eines toten Kindes, gleich darauf die der Placenta. Uterusausspülung mit 2 l ½% Lysollösung. Puls ist klein und nicht immer regelmässig. Patientin, die sich in grosser anämischer Unruhe befindet, verbringt eine schlaflose Nacht. Am andern Tag ist der Puls flatternd; die Temperatur steigt gegen Abend auf 39,5°, fällt am 2. Tage auf 36,2°, während der Puls kaum noch fühlbar ist. Am rechten Oberschenkel zeigt sich eine zweihandbreit grosse erysipelartige Rötung, die als septisches Exanthem angesprochen wird, zumal ein Kniegelenkserguss mit Sicherheit konstatiert wird. Patientin bietet das typische Bild der akutesten Sepsis. Exitus am 3. XI. Sektionsdiagnose: Sepsis, multiple Abscesse der Lunge.

Frau R., VIII. p. gibt bei Aufnahme am 3. VII. 8 h. N. an, dass bei der dritten Geburt die Placenta habe manuell entfernt werden müssen. Wöchnerin blutet seit 10 Tagen. Untersuchung ergibt Querlage IIb. Die Scheide ist mit Blutcoagula angefüllt, M. M. knapp für 2 Finger durchgängig; in ihm fühlt man überall weiches Placentagewebe. Eihäute sind nicht zu erreichen. Kindliche Herztöne verlangsamt. Um 10 h. N. werden die Herztöne leiser. M. M. ist jetzt für 2 Finger bequem durchgängig. Es gelingt die Placenta rechts zu lösen;

darauf wird mittelst Kugelzange Blase gesprengt. Da aber auch jetzt der Kopf des Kindes nicht eintritt, wird die Wendung gemacht und ein Fuss angeschlungen; alsdann steht die Blutung. Auf Ergotin erfolgt dann bald die Spontangeburt eines toten Kindes; kurz nachher wird auch die Placenta ausgestossen. Der Uterus wird mit Lysoformlösung ausgespült, worauf das Wochenbett vollständig fieberfrei verläuft.

Ein **Vorfall der Nabelschnur** erfolgte fünfmal, viermal bei Schädellage, einmal bei Fusslage. In sämtlichen Fällen handelte es sich um enge Becken. So bestätigt sich auch hier wieder, wie besonders leicht die Nabelschnur bei engem Becken vorfällt, anderseits aber auch eine wie gefährliche Komplikation Nabelschnurvorfall bei Beckenenge für das Leben des Kindes ist; denn nur in einem Falle wurde ein lebendes Kind geboren. In zwei Fällen gelang es die Nabelschnurschlingen zu reponieren, ohne jedoch dadurch das kindliche Leben retten zu können. Bei beiden musste Perforation des bereits abgestorbenen Kindes vorgenommen werden; darunter einmal sogar bei Frühgeburt im IX. Monat und zwar am nachfolgenden Kopfe. Einmal gelang es durch Wendung aus Schädellage und Extraktion ein lebendes Kind zu entwickeln. In einem andern Falle war wegen ungenügender Erweiterung des Muttermundes Extraktion zur Rettung des Kindes unmöglich. Die tote Frucht wurde dann spontan geboren. Bei der Fusslage gelang die Reposition der Nabelschnur wegen Kontraktion des inneren Muttermundes nicht; infolge dessen starb das Kind ab. Dann erfolgte Drehung in Querlage IIa mit Armvorfall; darauf kombinierte Wendung in unvollkommene Fusslage und bald nachher Spontangeburt. Das Wochenbett war bei zwei Frauen leicht gestört. Je einmal zeigte sich eine Temperatursteigerung auf 38,4° resp. 38,6°, wobei zu bemerken ist, dass bei

der ersten Patientin während der Geburt die Temperatur 39,5° erreichte.

Hydramnion kam nur einmal zur Beobachtung bei einer V. p. im V. Monat. $8^1/_2$ l trübe Flüssigkeit wurde abgelassen; daraufhin wurden 2 macerierte Früchte ausgestossen. Das Wochenbett verlief normal.

Anomalien des Beckens, die für die Geburtshilfe von so überaus grosser Bedeutung sind, weil sie so häufig vorkommen und stets eine Gefahr für Mutter und Kind sind, kamen bei 57 Frauen zur Beobachtung. Dabei sind nach dem Vorschlage Schroeders nur solche Becken mitgerechnet, die eine Konjugata Vera bis 9 cm beim platten, und bis 9,5 cm beim allgemein verengten Becken aufweisen. Der Prozentsatz 5,7 ist jedenfalls sehr gering (beim V. Tausend Geburten = 7,7 %, beim IV. Tausend = 7,5 %, beim III. Tausend 3,2 %) und bleibt bedeutend hinter den Aufzeichnungen anderer Entbindungsanstalten Mittel- und Norddeutschlands zurück, die nach „Veit-Olshausen“ 14 %—20 % enge Becken aufweisen. Unter den 57 Frauen befanden sich: Erstgebärende 15

Zweit „ 14

Mehr „ 28

Eine Übersicht über den Verlauf dieser Geburten geben nebenstehende 3 Tabellen.

I. Einfach platte Becken.

Jahrgang Nr.	Datum	Grösse der Conj. vera	Lage des Kindes	Art der Geburt	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind
1900						
1.	XII.	$8^3/_4$	I. Schädellage	spontan		reif, lebt
2.	I.	$7^3/_4$	Hintere Scheitelbeineinstellung	„		„ „
3.	II.	$8^1/_4$	I. Schädellage	„		„ „
4.	II.	$8^1/_2$	I. „	„	geringes Fieber	„
5.	VIII.	$8^3/_4$	IIa. Querlage	Wendung. Extraktion		„ „
6.	V.	$8^3/_4$	I. Schädellage	spontan		„ „
7.	X.	$8^3/_4$	II. „	Zange		„ „
8.	VI.	?	Ia. Querlage	Wendung. Extraktion		„ „
9.	III.	$8^3/_4$	I. Schädellage	Zange		„ „
10.	IX.	9	IIb. Querlage	Wendung		„ „
11.	III.	$8^1/_4$	II. Schädellage	Nabelschnurvorfall. Wendung. Perforation	Exitus	„ tot
1901						
12.	VI.	$8^1/_2$	Hintere Scheitelbeineinstellung	Wendung. Extraktion		„ lebt

II. Plattrhachitische Becken.

Jahrg. u. N.	? para	Grösse der Vera	Lage des Kindes	Art der Geburt	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind	
1.	I.	$8^1/_2$–$^3/_4$	I. Schädellage	spontan		reif,	tot
2.	III	$8^1/_2$–$^3/_4$	Verschleppte Querlage	Decapitatio. Extrakt.	1 \ 38,4	„	„
3.	I.	?	I. Schädellage	spontan		„	lebt
4.	V.	9	Vordere Scheitelbeineinst.	„		„	„
5.	III.	$8^3/_4$	„ „	„		„	„
6.	IV.	$8^3/_4$	IIa. Querlage	Wendung		„	„
7.	II.	$6^3/_4$	II. Schädellage	Künstl. Frühgeburt		frühreif	„
8.	III.	9	II. „	Nabelschnurvorfall. Wendung. Extraktion		reif,	„
9.	II.	$8^3/_4$–9	Vordere Scheitelbeineinst.	spontan		„	„
10.	IV.	$8^3/_4$	II. Schädellage	Nabelschnurvorfall. Wendung		reif,	tot
11.	I.	?	I. „	spontan		„	lebt
12.	II.	$8^1/_4$	II. „	Sectio caesarea		„	„
13.	VIII.	$8^3/_4$	Ia. Querlage	Wendung	1 \ 38,2	„	„
14.	II.	$8^1/_2$	I. Schädellage	künstl. Frühgeburt. Wendung. Extraktion		frühreif,	tot

Jahrg. Lfd. Nr.	? para	Grösse der Vera	Lage des Kindes	Art der Geburt	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind
15.	III.	$8^3/_4$	Hintere Scheitelbeineinst.	Wendung, Extraktion		reif, lebt
16.	I.	$8^3/_4$	„ „	spontan	$1 \times 39{,}8$	„ tot
17.	II.	$7^3/_4$	„ „	Kontraktionsring, Sectio caesarea		„ lebt
1901						
18.	I.	$8^1/_4$	Gesichtslage	Kranioklasie	Kompletter Dammriss	„ tot
19.	II.	9	Vordere Scheitelbeineinst.	spontan		„ lebt
20.	IV.	$7^3/_4$	II. Schädellage	Künstl. Frühgeburt, Wendung, Extraktion	Retentio Chorii, geringes Fieber	„ „
21.	II.	$8^3/_4$	Vordere Scheitelbeineinst.	spontan		„ „
22.	II.	$8^3/_4$	II. Schädellage	„		„ „
23.	I.	?	Vordere Scheitelbeineinst.	„	$1 \times 38{,}3$ kleiner Dammriss	„ „
24.	I.	$8^3/_4$	II. Schädellage	„		„ „
25.	III.	$6^1/_2$	I. „	Vorliegen der Nabelschnur Sectio caesarea		„ „
26.	II.	$8^1/_2$	II. „	Perforation, Kranioklasie	Retention von Eihäuten, vom 7. Tage ab geringes Fieber.	„ tot
27.	VI.	$8^3/_4$	Vordere Scheitelbeineinst.	Breus'sche Zange		„ lebt

III. Allgemein verengte Becken.

Jahrg Lfd. Nr.	? para	Grösse der Vera	Lage des Kindes	Art der Geburt	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind
1900						
1.	IV.	$8^3/_4$	Unvollkommene Fusslage	Nabelschnurvorfall, Wendung		reif, tot
2.	I.	9	II. Schädellage	spontan		„ „
3.	I.	$8^1/_4$	I. „	Zange	Fieber, Pneumonie	„ „
4.	VII.	$8^3/_4$	IIb. Querlage	Komplette Uterusruptur, Decapitatio, Extractio	Endometritis	„ „
5.	V.	$8^3/_4$	Hintere Scheitelbeineinst.	Perforation, Kranioklasie		„ „
6.	II.	$8^1/_2$	I. Schädellage	Hohe Zange		„ lebt
7.	I.	?	I. „	Hohe Zange	Fieber, Chorea	„ „
8.	I.	?	II. „	Zange		„ „
9.	I.	$8^1/_4$	I. „	Hohe Zange	geringes Fieber	„ „
10.	II.	$8^1/_4$	II. „	Wendung, Extraktion	Fieber	„ „
11.	I.	$8^1/_4$	I. „	spontan		„ „
12.	III.	$8^1/_2$	II. „	Wendung		„ „
13.	I.	$8^3/_4$	Hintere Scheitelbeineinst.	Zange		„ „
14.	X.	$8^1/_2$	I. Schädellage	Nabelschnurvorfall, Kranioklasie	geringes Fieber	„ tot
15.	VIII.	$9^1/_4$	IIa. Querlage	Wendung. Placenta praevia		„ „
16.	V.	$8^3/_4$	II. Schädellage	spontan		„ lebt

Die bei Veit-Olshausen aufgestellte Behauptung, dass die Gefahr für Kind beim platten Becken in der ersten Geburt am geringsten ist und mit zunehmender Anzahl der Geburten wächst, lässt sich an vorliegendem Material nicht bestätigen. Im Gegenteil weisen die ersten Geburten, wie aus den 2 ersten Tabellen ersichtlich ist, die meisten toten Kinder auf. So sind z. B. bei 26 I.—III. parae 7 Kinder tot, ja bei 8 I. parae 3 Kinder tot, während bei 13. IV. und Mehrparae nur ein Kind tot ist.

Osteomalacie kam einmal zur Beobachtung. Es handelte sich um eine 37 jährige Zweitgebärende mit hochgradig osteomalacischem, stark verengtem Becken, bei welcher der Kaiserschnitt ausgeführt werden musste.

Ausserdem kam noch ein Luxationsbecken vor bei einer IV. para im IX. Monat. Die linke untere Extremität stark verkürzt. Vera 8; deshalb Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Wegen Sistieren der Wehen wurde Wendung und Extraktion gemacht; dabei erfolgte Fractura claviculae dextrae und Absprengen der pars akromialis des rechten Schulterblattes.

Aus vorstehender Tabelle können wir wieder ersehen, wie sehr enge Becken zu Scheitelbeineinstellung disponieren, denn 15mal war dieselbe durch Beckenenge bedingt. In einem andern Falle war zwar das Becken normal, der kindliche Schädel jedoch sehr gross bei übertragenem Kind (XI. Monat). Vordere Scheitelbeineinstellung kam 8mal vor, darunter 4 bei I. Schädellage und 4 bei II. Schädellage; ebenso 8mal hintere Scheitelbeineinstellung, davon 5 bei I. und 3 bei II. Schädellage. Das Nähere darüber enthält nebenstehende Tabelle.

Vordere Scheitelbeineinstellung.

Lauf. Nr.	? para	Vera	Art der Verengung	Art der Geburt	Verlauf für Mutter	Verlauf für Kind
1.	XII.	$8^{3}/_{4}$	Einfach platt	spontan		reif, lebt
2.	V.	$8^{3}/_{4}$	Platt rhachitisch	„		„ „
3.	III.	$8^{3}/_{4}$	„ „	„		„ „
4.	II.	$8^{1}/_{2}$	„ „	„		„ „
5.	II.	9	„ „	„		„ „
6.	II.	$8^{3}/_{4}$	„ „	„		„ „
7.	I.	?	„ „	„	Dammriss, $1 \times 38{,}3^{0}$	„ „
8.	VI.	$8^{3}/_{4}$	„ „	Zange		„ „

Hintere Scheitelbeineinstellung.

1.	I.	$7^{3}/_{4}$	Einfach platt	spontan		reif, lebt
2.	VI.	$8^{1}/_{2}$	„ „	Wendung, Extraktion		„ „
3.	V.	$8^{3}/_{4}$	Allgemein verengt	Perforation, Kranioklasie		„ tot
4.	I.	$8^{3}/_{4}$	„ „	Zange	Foetide Lochien; kein Fieber	„ lebt
5.	III.	$8^{3}/_{4}$	Platt rhachitisch	Wendung, Extraktion		„ „
6.	I.	$8^{3}/_{4}$	„ „	spontan	$1 \times 39{,}8^{0}$	„ tot
7.	II.	$7^{3}/_{4}$	„ „	Kontraktionsring, Sectio caesarea		„ lebt
8	IV.	?	normal (übertragenes Kind)	spontan		„ „

Geburtshilfliche Operationen: Von diesen sei zuerst die **künstliche Frühgeburt** erwähnt. Dieselbe wurde 9mal eingeleitet, je zweimal bei II., III., IV. und V. parae, einmal bei VI. para; davon

1 im V. Monat
2 „ VI. „
1 „ VII. „
1 „ VIII. „
4 „ IX. „

Die Indikation dazu war gegeben einmal durch Hydramnion bei Zwillingen; einmal durch andauernde, unstillbare Blutung; zweimal durch Herzfehler und Nephritis, einmal durch Luxation des Hüftgelenks und verengtes Becken, viermal durch plattes Becken. Nur in drei Fällen konnte ein lebendes Kind geboren werden. Für die Mütter verliefen die Operationen günstig. Nur bei einer Frau zeigte sich eine einmalige Temperatursteigerung auf 38,2°.

Die Zange wurde 28mal angelegt; darunter 4 hohe Zangen, die alle vier glücklich verliefen.

18mal bei Erstparae
3mal bei Zweitparae
7mal bei Multiparae.

Die Indikation war gegeben

12mal durch Wehenschwäche
16mal durch Sinken der kindlichen Herztöne.

Nur in einem Falle bei Gesichtslage konnte kein lebendes Kind entwickelt werden. Verletzungen der mütterlichen Weichteile kamen 8 vor, darunter ein kompletter Dammriss. Bei drei Wöchnerinnen zeigte sich im Wochenbett geringes Fieber, bei einer dagegen nach tiefem Scheidenriss stieg die Temperatur auf 39,2°. Bei zwei Kindern zeigte sich Facialisparese.

Wendungen wurden 31 ausgeführt: bei einer I. para, bei vier II. parae, bei 26 multiparae.

Indikation war

1 mal hintere Scheitelbeineinstellung,
4 „ Nabelschnurvorfall,
5 „ Placenta praevia,
21 „ Querlage oder Nichteintreten des Kopfes.

8 Kinder kamen tot zur Welt, von diesen waren 4 vorher schon tot. In 3 Fällen von Placenta praevia starben die Mütter; in 5 andern Fällen zeigt sich meist nur geringes Fieber.

Extraktionen wurden 24 gemacht:

5 mal bei I. parae.
4 „ „ II. parae,
15 „ „ multiparae.

20 Kinder wurden lebend geboren; ein Kind war maceriert; bei einem trat Fractura claviculae ein. Dreimal riss der Damm ein, einmal das Frenulum. Zwei Wöchnerinnen, beide mit Placenta praevia, fieberten; eine davon kam ad exitum.

Perforation des Kindes wurde 6 mal vorgenommen, davon eine am nachfolgenden Kopfe. In 5 Fällen musste Kranioklasie angeschlossen werden. 5 Kinder waren vorher tot. Bei dem 6. Kinde war bei II. Schädellage ein Arm und ein Fuss vorgefallen. Da Wendung misslang, wurde wegen drohender Uterusruptur Perforation des absterbenden Kindes gemacht: Kranioklasie; Blasencervixfistel. Foetide Lochien. 19 Tage Fieber 1×39,6. Fistel spontan geheilt. Bei vier weiteren Frauen traten ganz geringe Störungen im Wochenbett auf; Temperatur einmal 38,6°. Viermal erfolgten Verletzung der Geburtswege, darunter ein kompletter Dammriss, der bei Entlassung nicht geheilt war.

Embryotomie wurde zweimal vorgenommen. Ein Fall ist schon bei Uterusruptur mitgeteilt; den zweiten will ich hier kurz anführen: Untersuchung ergibt: Plattrhachitisches Becken, Vera $8^3/_4$; Blase gesprungen; verschleppte Querlage IIa mit Vorfall des linken Armes; Kontraktionsring, Tetanus uteri; Kind tot; Temp. 37,8°. Auch während der Narkose ist Uterus andauernd kontrahiert, deshalb Decapitatio, Perforation durch den Gaumen, Extraktion des noch sehr voluminösen Kopfes. Temp. $1 \times 38{,}4°$.

Die **Sectio caesarea** wurde sechsmal ausgeführt; bei drei Erstgebärenden, bei zwei Zweitgebärenden und bei einer Drittgebärenden. Die Indikation hierzu war gegeben durch plattrhachitisches Becken dreimal, durch Osteomalacie, Myom und Eklampsie je einmal. In drei Fällen wurde die Porrooperation gemacht. Viermal war die Indikation eine relative, zweimal eine absolute. In dem Falle von Eklampsie, der bereits früher mitgeteilt ist, konnte weder Mutter noch Kind gerettet werden. In allen übrigen Fällen war das Wochenbett normal. Von den zwei Operationen mit absoluter Indikation sei hier das Wichtigste wiedergegeben: Margarete M., 37 J., II.p. X. M. Die erste Geburt vor 14 Jahren verlief spontan. 6 Monate nach dieser Geburt ist Patientin an Rheumatismus erkrankt und war daraufhin 5 Jahre in ärztlicher Behandlung, davon 3 Jahre bettlägerig. Nur in letzter Zeit der Krankheit konnte sie auf Stöcken gehen. Die Untersuchung ergibt ein hochgradig osteomalacisches Becken, das stark verengt ist. Der Schambogen ist so eng, dass man mit zwei Fingern kaum in die Vagina eindringen kann. Die Schambogenäste verlaufen fast parallel. Die Symphyse ist typisch schnabelförmig vorgetrieben. Die Knochen sind auf Druck empfindlich. Der Kopf des Kindes steht über dem Becken; der Uterus

ist stark anteflektiert, so dass der Fundus nach vorn sieht. Nach Eröffnung des Uterus wird ein lebendes Kind extrahiert, Placenta und Eihäute gelöst und dann Uterus und Cervix amputiert. Wochenbett fieberfrei.

Margarete H, 45 J., I. p., X. M. Über der Symphyse wölbt sich ein kindskopfgrosser Tumor vor, der als kindlicher Schädel angesprochen wird. Die Kreuzbeinhöhlung ist durch ein subseröses, mehr als kindskopfgrosses Myom ausgefüllt, das sich nicht reponieren lässt und so eine Geburt „per vias naturales" unmöglich macht. Deshalb Sectio caesarea mit nachfolgendem Porro. Placenta bleibt im Uterus. Kind lebt. Wochenbett normal.

Von Operationen in der Nachgeburtsperiode ist folgendes zu erwähnen: In 11 Fällen musste die Placenta mittelst des Crédé'schen Handgriffs entfernt werden. 9mal gelang dies nicht und musste man zur manuellen Lösung schreiten. Bei drei Wöchnerinnen stieg die Temperatur über 38,0°. Ein Fall verlief letal nach Placenta praevia. Bei 15 Frauen wurde eine Uterusausspülung vorgenommen. Eine Uterusausräumung nach Abort im IV. Monat verlief fieberfrei. Tamponade des Uterus wurde zweimal gemacht nach Ruptur.

Von Verletzungen der Geburtswege kamen vor

4 Clitorisrisse,

78 Scheidendammrisse,

darunter 3 komplette Dammrisse, zwei nach Anlegung der Zange, einer nach Extraktion. Einer war bei der Entlassung nicht geheilt.

Die Episiotomie wurde 11mal, eine Incision des Muttermundes einmal notwendig.

Wochenbetterkrankungen.

Den Einwendungen von Ahlfeld und Baum gegenüber, dass die grossen Differenzen der Gebärhäuser hin-

sichtlich der Erkrankungsziffer zum guten Teil auf ungenaues Temperaturmessen zurückzuführen seien, möchte ich hier bemerken, dass Temperatur und Puls nur von Assistenten festgestellt wurden. Wie früher ist auch an der Bestimmung festgehalten worden, dass als „gestört" jedes Wochenbett aufzufassen ist, bei dem nach der Entbindung auch nur einmal eine Temperatur von 38.0° C. erreicht oder überschritten wurde.

Während bei den früheren 5000 Wöchnerinnen ausschliesslich Axillarmessung vorgenommen war, wurde in der letzten Hälfte des sechsten Tausend Rektalmessung eingeführt und zwar

Axillarmessung in 452 Fällen
Rektalmessung „ 548 „

Die Gesamtmorbidität belief sich bei dem sechsten Tausend der Frauen auf 218 = 21,8%.

Von den 452 per axillam Gemessenen fieberten 73 = 16,1%; davon blieben 37 unter 39° C., 36 erreichten oder überschritten 39° C. Von den 548 per rectum Gemessenen fieberten 145 = 26,4% und zwar blieben unter 39° C. 102 Wöchnerinnen; 43 erreichten oder überschritten 39,0° C. Von diesen 145 Fiebernden überschritten 54 die Temperatur von 38,4° nicht, hätten also bei axillarer Messung 38,0° voraussichtlich nicht erreicht, wären also auch nicht unter die Fiebernden zu zählen. Von den 43 Fiebernden, die bei rektaler Messung 39° erreichten, blieben 21 unter 39.4°, würden also bei axillarer Messung nicht unter die Rubrik der höheren Temperaturen zu rechnen sein. Wären also diese 548 Wöchnerinnen per axillam gemessen worden, so würde die Zahl der Fiebernden statt 145 nur 91 = 16,6% betragen.

Hieraus ergibt sich, dass die Zahl der Fiebernden der beiden Hälften ziemlich gleich ist, nämlich 16,1%

zu 16,6%. Der Unterschied von 0,5% dürfte doch sicherlich Zufälligkeiten zuzuschreiben sein.

Die Gesamtmorbidität der Wöchnerinnen würde demnach bei ausschliesslich axillarer Messung 164 (73 + 91) = 16,4% betragen. Unter diesen 164 fiebernden Wöchnerinnen befanden sich 27, bei denen sich eine Erkrankung der Geburtswege mit Sicherheit ausschliessen, dagegen eine Erkrankung anderer Organe bestimmt nachweisen liess; darunter 19 Fälle von Mastitis. Bei zweien davon wurde die Incision gemacht.

Gonokokken wurden im Uterus- resp. Cervixsekret 4mal gefunden, ohne dass jedoch diese 4 Fälle zu den obigen 27 Fällen gerechnet wären.

Unter den übrigbleibenden 137 Fällen befanden sich noch 53, bei denen zwar die Erkrankung als von seiten des Genitaltraktus angenommen wurde, ohne dass jedoch diese Annahme durch den geringsten objektiven Befund hätte bestätigt werden können. Es sind also nur 84 Wöchnerinnen, bei denen sich Anomalien an den Genitalien nachweisen liess. Davon wurde bei 38 Frauen 39° C. und darüber erreicht.

Eine Änderung in der Behandlung des Wochenbetts, die in 390 Fällen vorgenommen wurde und von Erfolg begleitet schien, möchte ich hier noch erwähnen.

Zeigte die Morgentemperatur 37,6° oder die Abendtemperatur 37,8°, so wurde bis zur nächsten Visite eine zweimalige Scheidenspülung mit ½% Lysollösung vorgenommen, auch wenn kein foetider Geruch der Lochien vorhanden war. So wurden oft derbe Blutcoagula aus der Scheide entfernt, bevor es durch deren Retention zu einer erheblichen Stagnation des Lochialsekrets im Uterus kommen konnte. Oft stand man unter dem Eindruck, dass durch diese Scheidenspülung einer weiteren Temperatursteigerung vorgebeugt ward, was vielleicht weniger

dem Desinficienz als solchem als dem blossen Ausspülen zuzuschreiben ist. Von den 390 in dieser Weise behandelten Fällen fieberten 86 = 22,02%; von den übrigen 610 fieberten 132 = 21,63%. Aber auch hier muss man in Betracht ziehen, dass die 610 Fälle grösstenteils per axillam, die 390 per rectum gemessen waren; deshalb müssen wir auch hier auf die axillare Messung zurückgreifen. Demgemäss sind von 132 Fiebernden (610 Wöchnerinnen) 27 abzuziehen, bei denen bei rektaler Messung 38,4° nicht erreicht wurde, die also bei axillarer Messung nicht als Fiebernde anzusehen sind. Ebenso sind von 85 Fiebernden der 390 Rektalgemessenen auch 27 abzuziehen. Somit kommen auf die 610 Wochenbetten 105 Fiebernde = 17,21% und auf die 390 Wochenbetten 59 = 15,12% Fiebernde, also 2,09% zu Gunsten der zweiten Gruppe.

Die Mortalität unter diesen tausend Wöchnerinnen betrug 7 =0,7%. Der Tod erfolgte

1 mal durch Uterusruptur,
2 mal durch Eklampsie,
1 mal durch Phthisis pulmonum,
1 mal durch Carcinoma ventriculi,
1 mal durch Sepsis.

In einem Falle, in dem Placenta praevia vorhanden war und die Frau sehr viel Blut verloren hatte und infolgedessen sehr anämisch war, trat der Tod unter Erscheinungen ein, die als Folgen einer Lysolintoxikation gedeutet wurden.

Die sechs ersten Fälle sind im vorstehenden bereits mitgeteilt; den letzten Fall von Lysolvergiftung will ich hier anführen:

Fr. M., V. p. Am Ende des VII. Mts. der Gravidität. Frau kommt am 27. VIII. 3 h. N. 1900 wegen starker Blutung in die Klinik. Muttermund für 2 Finger

durchgängig, vollständig mit Placentagewebe angefüllt. Blase nicht zu erreichen, ebenso vorliegender Teil nicht zu fühlen. Tamponade der Scheide und des Cervix mit Jodoformgaze. Nach 33 Std. 27. VIII. 12 h. Mitt. Entfernung der durchbluteten Tamponade. Nach weiteren 48 Std. 29. VIII. 12 h. Mitt. Einlegung eines Kolpeurynters. $1^1/_2$ Std. später Schüttelfrost 39°, Puls 120. Entfernung des Kolpeurynters. Muttermund jetzt 3 Markstückgross. Es gelingt rechts an der Placenta vorbei auf die Eihäute zu kommen und dieselben zu durchbohren; darauf Wendung nach Braxton Hicks. 7^{30} h. abends Spontangeburt. Wegen Fieber unter der Geburt Uterusausspülung mit 1% Lysollösung. Beim Durchlaufen des 3. Ltr. Kollaps. Kind stirbt am 31. VIII. Temperatur am Tage nach der Geburt 38,0°, dann 37,5° nicht mehr erreicht. Nachdem am 6. IX. nachmittags mehrere heftige dyspnoische Anfälle aufgetreten waren, stirbt Patientin am 7. IX. morgens im Kollaps. Die Sektion ergibt beiderseits akute parenchymatöse Nephritis. Sonst kein Befund.

Unter vorliegendem Material ist nur ein Fall von Sepsis puerperalis vorgekommen, der früher bei Placenta praevia beschrieben ist. Aber auch für diesen Fall kann, wie aus dem Krankenbericht ersichtlich ist, die Klinik nicht verantwortlich gemacht werden. Die Frau kam schwer fiebernd in die Anstalt und war eben nicht mehr zu retten. Wir können also auch hier wieder die erfreuliche Tatsache konstatieren, dass unter dem letzten Tausend Geburten keine Wöchnerin an einer in der Anstalt erworbenen Sepsis zu Grunde gegangen ist.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer,

Herrn Professor Dr. **Hofmeier**

für die gütige Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich Albert Werner Fettweiss, Rheinpreusse, bin geboren am 5. September 1876 als Sohn des Landwirts Andreas Fettweiss in Glehn, Kreis Schleiden, Rheinland. Nachdem ich zuerst die Volksschule meines Heimatsortes besucht hatte, ging ich Ostern 1889 auf die Lateinschule in Schleiden über, dann auf das Gymnasium in Düren. Dort erwarb ich mir Ostern 1895 das Zeugnis für den Einj.-Freiwilligendienst und Ostern 1898 das Reifezeugnis. Im April 1898 bezog ich die Universität Bonn; im W. S. 1898/99, S. S. 1899, W. S. 1899/1900, S. S. 1900 besuchte ich die Universität Würzburg und machte dort Ostern 1900 das Tentamen physicum. Im W. S. 1900/1901, S. S. 1901 besuchte ich die Universität Strassburg. Im W. S. 1901/02 ging ich nach Würzburg zurück, wo ich mich dem ärztlichen Staatsexamen unterzog und wurde am 17. Juli 1903 als Arzt approbiert. Vorstehende Dissertation habe ich unter der Leitung des Herrn Prof. Dr. Hofmeier verfasst.